Aus dem zahnärztlichen Institut der Universität Breslau.
(Leiter: Professor Dr. Carl Partsch, Geh. Medizinalrat.)

Die Kinnfistel.

Auszug
aus einer Schrift zur Erlangung der Würde eines Doktors der Zahnheilkunde bei der Medizinischen Fakultät der Schlesischen Friedrich Wilhelms-Universität zu Breslau

vorgelegt von

Norbert Lange,
Zahnarzt zu Liegnitz.

BIBLIOTHEEK RIJKS UNIV. LEIDEN

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät der Schlesischen Friedrich Wilhelms-Universität zu Breslau.
Berichterstatter: Geh. Medizinalrat Professor Dr. Carl Partsch.

Liegnitz 1921.
Druck von Carl Seyffarth.

Eine Fistel am Kinnstück des Unterkiefers kann wohl gelegentlich ihren Ausgang von eitrigen periostalen oder osteomyelitischen Prozessen oder von Frakturen des Unterkiefers mit Sequesterbildung nehmen, in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle aber wird sie ihren Ursprung in Erkrankungen der Frontzähne des Unterkiefers haben. Vorbedingung für alle Kinnfisteln dentalen Ursprungs ist der Zerfall der Pulpa eines oder mehrerer Zähne. Ist er bis zum Foramen apicale vorgeschritten, so setzt eine Reaktion des periodontalen Gewebes ein. Es kommt zur Bildung von Granulationsgewebe, eines Schutzorganes, durch das die von der Außenwelt eindringenden Schädlichkeiten vor dem weiteren Vordringen in den Kieferknochen aufgefangen und damit unschädlich gemacht werden. Das Granulom wächst auf Kosten des umgebenden Knochens. Die Wurzelspitze ist von dem Granulom meist durch einen feinen mit Flüssigkeit angefüllten Spalt getrennt. Erlahmt die Widerstandsfähigkeit der Granulationsschicht infolge fettiger Degeneration oder myxoider Umwandlung, kann ein geringfügiger Anlaß, z. B. Verstopfung des Wurzelkanals, genügen, subakute Erscheinungen und damit raschere Ausdehnung des Erkankungsherdes auszulösen. Der akute Nachschub kann vorübergehen, und der chronische Prozeß spielt weiter. Der Knochen wird durch die Granulationen lakunenhaft ausgenagt; auch an der Wurzelspitze können Resorptionsvorgänge einsetzen. Ist schließlich durch eine oder mehrere solcher akuter Nachschübe die Corticalis erreicht, treten fibröse Verdickungen der Knochenhaut auf. Nach der Usur der Corticalis findet allmählich eine Einziehung der Weichteile der Kinngegend statt; denn der sich nach außen vorschiebende Granulationsgang wandelt sich peripher in strafferes Bindegewebe um und verkürzt sich dadurch. Es entsteht ein fester, deutlich fühlbarer Narbenstrang.

Eür die Kinnfistel ist es typisch, daß in der Mehrzahl der Fälle äußerlich völlig intakte Zähne die Ursache abgeben. Der Grund hierfür liegt in der leichten, traumatischen Verletzbarkeit der zart gebauten unteren Schneidezähne und fadendünnen Pulpenstränge. Hierbei herrschen die mittleren Schneidezähne als Antagonisten der kräftigen oberen Schneidezähne vor. Ist die Pulpa durch traumatische Einwirkung abgestorben, setzt meist bald ihre Infektion ein. Wie kommt sie zustande? Schmelzsprünge, Schmelz-Hypoplasien, starke Abkauung, Ersatzdentin spielen vermutlich eine Rolle. Haematogene Infektion ist unwahrscheinlich. Auch Absplitterungen kleiner Teile der Wurzelspitze infolge von Traumen können die Ursache zu Kinnfisteln bilden.

Für die Diagnostizierung des schuldigen Zahnes steht eine Reihe von Merkmalen und Hilfsmitteln zur Verfügung. Erst wenn mehrere zu demselben Ergebnis führen, kann der schuldige Zahn als ermittelt gelten. Als solche kommen in Betracht:

1. Die Palpation des Fistelstranges bis zum schuldigen Zahn. Das Fettpolster der Kinngegend wie das Lippenbändchen sind ihr oft hinderlich.
2. Sondierung des Fistelganges. Freilich durchbrechen die Granulationen oft den Knochen nicht in der Höhe des Zahnes, und die Enge der Usur läßt die Sonde selten passieren.
3. Der Klopfschall. Er ist infolge des Granuloms dumpf, tetternd.
4. Das Schwirren des Zahnes, das man fühlt, wenn man während des Klopfens auf den Zahn einen Finger auf die Gegend der Zahnwurzel legt. (Schreier.)
5. Die Verfärbung des toten Zahnes.
6. Die mangelnde Empfindlichkeit bei Applikation von Wärme oder Kälte.
7. Die Reaktionslosigkeit des Zahnes gegen den Induktionsstrom.
8. Schließlich das Röntgenbild. Es gibt gleichzeitig Aufschluß über den Zustand der Wurzel und die Ausdehnung der Granulationen.

Hinsichtlich der Therapie ist die Aetiologie ausschlaggebend. Äußere Behandlung der Fistel, wie Spaltung des Fistelmaules, Auskratzung, Ausbrennung oder Ätzung führen nicht zum Ziel, die Ursache muß beseitigt werden, diese liegt in dem infizierten Pulpenkanal. Lohnt die Erhaltung des Zahnes nicht, so wird seine Extraktion die Fistel bald zur Heilung bringen, eine Ausräumung des Fistelkanals mit dem scharfen Löffel und eine Naht wird sie beschleunigen. Nur bei ganz ausgedehnten Granulationsherden wird eine Aufklappung der Kieferschleimhaut und Auskratzung der Granulationen erforderlich sein. Soll der Zahn erhalten werden, so stehen zwei Wege der Therapie zur Verfügung:

1. Die rein zahnärztliche medikamentöse Behandlung vom Wurzelkanal aus und 2. die chirurgische durch die bedeckenden Weichteile hindurch. Die Wahl hängt ab von der Größe des Granulationsherdes und von dem Zustand der Wurzel. Die medikamentöse Behandlung zerfällt in zwei Teile: 1. Die mechanische Reinigung und 2. die Desinfektion des Pulpenkanals.

Die Füllung des Wurzelkanals nach ausreichender Desinfektion ohne Rücksicht auf die Fistel ist unzweckmäßig. Verfasser empfiehlt mit der Wurzelfüllung so lange zu warten, bis die Fistel sich geschlossen hat. Schließt sie sich nach der medikamentösen Behandlung nicht, wird eine Durchspritzung mit H_2O_2 oder vor-

dünntem Perhydrol vom Pulpenkanal aus häufig zum Ziel führen. Weidner empfiehlt statt H_2O_2 Antiformin-Nilotan. Bougies Behandlung ist nicht anzuempfehlen.

Führt die medikamentöse Behandlung nicht zum Ziel, oder ergibt das Röntgenbild eine Arrosion der Wurzelspitze oder Ausdehnung der Granulationen über Erbsengröße, so verspricht nur die chirurgische Behandlung Erfolg. Verfasser empfiehlt den Bogenschnitt nach Partsch — Konvexität nach oben, zur Verhinderung einer Nekrose des Lappens —. Um ausreichende Übersicht zu gewinnen, ist der Schnitt genügend breit zu wählen. Der Abstand vom Zahnfleischrand soll etwa 1 cm betragen, das Lippenbändchen ist tunlichst zu schonen. Das Periost wird mit den Weichteilen vom Knochen abgehoben. Die Corticalis ist soweit abzutragen, daß Schlupfwinkel und Verhaltungsstellen ausgeschlossen sind. Ob die Wurzelspitze zu belassen oder fortzunehmen ist, wird sich bei gutem Übersichtsfeld leicht entscheiden lassen. Sie wird abzutragen sein 1., wenn Veränderungen an der Wurzelspitze stattgefunden haben, die eine Ausheilung verhindern, 2., wenn die Wurzel so gelagert ist, daß sie uns den ungehinderten Zugang zu den Granulationen versperrt und 3., wenn die Granulationen die Wurzelspitze in zu weitem Umfange freigelegt haben. Die Fortnahme der Wurzelspitze wird das Häufigere sein. Nach der Breslauer Schule wird die Wurzel vor der Operation mit einem Point gefüllt, der tunlichst durch das foramen apicale hindurch zu treiben ist. Dieser Teil wird später fortgenommen. Es ist dadurch die Gewähr für eine Füllung lege artis gegeben und die Gefahr von Retentionsstellen ausgeschaltet. Die Granulationen sind sorgfältig mit dem Volkmann'schen Löffel auszukratzen. Zur Desinfektion dienen in Breslau Joddämpfe mit Hilfe des Joddampfbläsers nach Jungengel. Die Wunde wird durch Naht verschlossen. Ein Druckverband ist vorteilhaft. Die von Mayrhofer empfohlene Knochenplombe ist entbehrlich. Das sich unter der Naht bildende Blutggrinnsel bietet den besten Wundschutz. Eine Tamponade ist nur bei komplizierten Fällen indiziert, da sie eine Heilung per primam ausschließt und häufig, besonders wenn sie zu lange durchgeführt wird, eine dauernde freie Öffnung über der resezierten Wurzelspitze zurückläßt. Die Nähte können nach 3—4 Tagen entfernt werden.

Am Schlusse der Arbeit wird aus differential-diagnostischen Gründen noch kurz auf Zysten, Unterkiefersplitterungen durch traumatische Einwirkungen, Aktinomykose, Tuberkulose und Osteomyelitis eingegangen.